

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Décembre 1900, à 1 heure

PAR

M. DANTHEZ

Né à Saint-Petersbourg le 8 Mai 1871

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MÉTRITE HÉMORRAGIQUE

DITE ESSENTIELLE

Président : M. LE DENTU, Professeur.

Juges : MM. RICHELOT, Professeur.

POIRIER et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Décembre 1900, à 1 heure

PAR

M. DANTHEZ

Né à Saint-Petersbourg le 8 Mai 1871

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MÉTRITE HÉMORRAGIQUE

DITE ESSENTIELLE

Président : M. LE DENTU, Professeur.

Juges : MM. RICHELOT, Professeur.

POIRIER et FAURE, agrégés.



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
Maladies de enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DÉDIÉE :

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES TANTES

A MON PARRAIN

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Avant-Propos

Qu'il nous soit permis, avant d'aborder ce modeste travail, couronnement de nos études médicales, d'offrir aux maîtres éminents qui nous ont guidé dans les sentiers, parfois ardu, de la science, l'expression émue de notre reconnaissance.

M. le Dr Routier a bien voulu nous mettre au courant de la pratique chirurgicale hospitalière et nous a ainsi permis de mieux comprendre les leçons cliniques de M. le Professeur Duplay dont nous devons devenir l'élève quelques années plus tard.

C'est M. le Dr Dreyfus-Brissac qui nous a enseigné les premiers rudiments de la médecine ; nous regrettons de ne n'avoir pu passer dans son service hospitalier tout le temps que nous aurions aimé à y consacrer.

M. le Dr Talamon nous a formé à la clinique médicale : l'année que nous avons passée dans le service de ce cher maître est une de celles que nous ne saurions oublier.

Notre stage obstétrical s'est accompli à l'hôpital Saint-Antoine, chez M. le Dr Bar : notre choix n'aurait pu être plus heureux.

Quant au temps écoulé dans le service de M. le D^r Richardièrre, à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, il ne nous a laissé que de bons souvenirs.

Mais nous tenons tout particulièrement à exprimer à M. le Docteur Villemin, chirurgien des hôpitaux, dont nous avons été l'élève à l'hôpital de Clichy et à M. Thevenard, chirurgien adjoint du même hôpital, notre sincère reconnaissance pour l'intérêt bienveillant qu'ils nous ont témoigné pendant le temps trop court passé auprès d'eux, et pour les conseils et l'appui qu'ils ont bien voulu nous continuer par la suite.

Enfin que nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. les D^{rs} Ricard, Clado, ainsi que les médecins de l'hôpital St-Louis, soient assurés du souvenir reconnaissant que nous leur devons.

Que M. le professeur Le Dentu veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Introduction

Après avoir longtemps confondu la métrite hémorragique avec les métrorragies, on était arrivé grâce aux travaux cliniques et anatomo-pathologiques de l'ère antiseptique, à supprimer pour ainsi dire du cadre nosologique la métrite hémorragique essentielle pour ne plus copserver que le symptôme métrorragie, symptôme commun à un grand nombre d'affections tant de la matrice elle-même que de ses annexes.

Seule la métrite déciduale conservait son entité en tant que métrite hémorragique.

Dans ces dernières années nous voyons une réaction se produire, et l'on tend de nouveau à vouloir, au milieu de toutes les métrorragies, distinguer et créer une nouvelle forme de métrite hémorragique qui serait une dégénérescence propre à la muqueuse utérine et à laquelle MM. Schmid et Quenu ont donné le nom de « métrite angioma-teuse ».

De Sinety (1) avait, il est vrai, dès l'années 1879, décrit

(1) Sinety (de). — Manuel de gynécologie, Paris, 1879.

des lésions vasculaires, reconnaissant dans la métrite chronique trois ordres de végétations : glandulaires, embryonnaires et vasculaires, et expliquant par ces dernières les hémorragies si fréquentes.

Mais les travaux histologiques n'étaient pas aussi avancés à cette époque, et ce n'est qu'après les publications d'anatomo-pathologistes, comme celles de M. Cornil (1), que nous voyons paraître les observations si intéressantes de M. Quénu, de MM. Pichevin et Petit, Pilliet et Baraduc, toutes observations consignées dans la thèse fort documentée de M. Schmid (2).

A signaler encore, dans le même ordre d'idées, une étude remarquable publiée par M. Pozzy dans la Revue de Gynécologie sous le titre de « sur une forme rare de métrite hémorragique », et à laquelle nous aurons l'occasion de revenir dans le courant de notre travail.

Il est regrettable que dans l'observation de MM. Pichevin et Petit (1895), il n'ait pas été fait mention des annexes, et que M. Pierre Delbet dans son article du Traité de chirurgie où il décrit une endométrite anatomiquement hémorragique avec des lésions vasculaires prédominantes, n'ait pas décrit aussi l'évolution clinique de cette forme.

Est-ce à juste titre que la métrite hémorragique essen-

(1) Cornil. — « Anatomie pathologique des métrites » Journal des connaissances médicales, 1888, 21 juin.

(2) Schmid. — « Métrorrhagies et Métrite hémorragique ». Thèse Paris, 1896.

tielle tend ainsi à reprendre place dans le cadre nosologique ?

Les travaux récents de M. Bouilly (1) sur les métrorragies d'origine ovarienne, ceux de MM. Richelot (2) et Hepp (3) sur la sclérose utérine et les métrites chroniques, ont modifié notre foi au sujet de l'entité de cette forme de métrite. Cette métrite dite essentielle, n'aurait-elle pas été souvent plutôt symptomatique de lésions annexielles et surtout ovariennes scléro-kystiques méconnues ?

Il ne nous appartient pas de nous prononcer d'une façon catégorique sur une question aussi délicate, aussi controversée, il nous a semblé toutefois qu'une étude comparative pouvait être tentée, que le dernier mot n'avait pas été dit sur cette variété de métrite, et que l'on pourrait peut-être même la mettre en doute jusqu'à ce que de nouvelles observations à son appui, de nouveaux faits plus probants l'aient éclairé d'une lumière nouvelle.

(1) Bouilly. — « Des métrorragies d'origine ovarienne », *La Gynécologie*, avril, juin 1899.

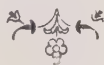
(2) Richelot. — « La sclérose utérine et la vraie métrite », *Comptes-rendus de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, mai, juin 1900.

(3) Hepp. — « Sclérose utérine et métrites chroniques », Thèse Paris, 1899.



Définition

« Transformation caverneuse de la muqueuse utérine, métrite angiomateuse » tel est le titre que M. Schmid, s'inspirant des travaux de M. Quénu et de ceux déjà cités ainsi que de ses observations personnelles, donne à cette forme métrite dans sa thèse « métrorragies et métrite hémorragique ». « Il existe », dit-il, dans les conclusions de son travail, « une métrite hémorragique au sens anatomique du mot. Ses lésions portent sur les vaisseaux de la muqueuse et du muscle. C'est la dégénérescence angiomateuse de M. Quénu. L'évolution de cette affection est caractérisée par des hémorragies incoercibles et rebelles au curettage. Si l'on n'intervient pas chirurgicalement, la terminaison peut être fatale. Le traitement de choix en est l'hystérectomie vaginale ».



Division

Pour créer la métrite angiomateuse, MM. Schmid et Quénu se sont fondés d'une part sur l'allure clinique de ses métrorragies, d'autre part sur les caractères histologiques des lésions de la muqueuse des vaisseaux et du parenchyme utérin.

Nous allons donc essayer de l'envisager à ce double point de vue, pour l'exposer d'abord, la critiquer ensuite en la mettant en parallèle avec des formes de métrorragies annexielles (ovariennes) semblables, accompagnées de lésions utérines identiques. Enfin, après un rapide exposé de pathogénie afférent à ces métrorragies et à ces lésions, nous tirerons nos conclusions.



Chapitre I. — Etude clinique

1° Métrorragies dans la métrite hémorragique essentielle

La métrite hémorragique, écrit M. Schmid : « se montre le plus souvent, après trente ans, chez des femmes ayant eu des enfants. La femme, jusqu'alors bien réglée, commence à avoir, en général, une ménorragie abondante durant le double des règles ordinaires ou plus. Puis celles-ci deviennent irrégulières, peuvent même se supprimer pendant plusieurs mois. Les métrorragies apparaissent alors, subitement, sans cause appréciable ou sous une cause banale ; elles sont abondantes et constituées par du sang rouge, entremêlé de caillots si la malade est au repos ; elles durent longtemps, souvent pendant plusieurs mois, en ne laissant que de bien courts intervalles de répit. La longue durée de cette métrorragie fait que la malade consulte. On la traite en général par un curettage et les phénomènes disparaissent pendant un ou deux mois. Après ce temps, la perte recommence avec la même mar-

che et la même gravité. On pense alors, en l'absence de lésions annexielles ou de grosses lésions utérines, à un petit fibrome sous-muqueux. Une seconde dilatation montre l'intégrité de la cavité utérine et un second curettage lenté de nouveau d'une façon peut être plus complète, entraîne comme le premier une amélioration qui n'est prolongée ni par les cautérisations ni par les moyens généraux. Avec le retour de ces hémorragies abondantes, l'état général ne tarde pas à s'altérer. L'anémie devient très marquée, les téguments sont décolorés, il y a des palpitations de cœur, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles ; la malade tombe dans une grande faiblesse, elle devient apathique et le découragement moral consécutif à tous les insuccès thérapeutiques aggrave encore cet état ».

Ainsi métrorragies abondantes, prolongées, récidivantes, graves, sans tendance à diminuer, entrecoupées seulement d'intervalles devenant de moins en moins longs, métrorragies rebelles aux traitements médicaux, résistant au curettage, menaçant la vie de la malade si l'on n'intervient d'une façon radicale, telles sont les métrorragies qui en l'absence de lésions « *appréciables* » des annexes, seraient symptomatiques de la métrite hémorragique essentielle.

Symptômes physiques. — A l'examen physique « on reconnaît », nous dit M. Schmid, « que le col est gros, souvent mou, plus dur dans les formes anciennes, quelquefois évasé, d'autres fois conique chez les nullipares. L'utérus tout entier est augmenté de volume ; il est souvent dur

et résistant, non douloureux. On ne constate aucune trace de fibrome. Les annexes sont normales, leur palpation n'est pas douloureuse » (nous verrons dans la suite de notre travail que cette double assertion est contredite par les observations mêmes que cite l'auteur).

« Au spéculum, le col présente une teinte normale : son orifice peut être large ou étroit suivant qu'il s'agit d'une multipare ou d'une nullipare. La cavité utérine est augmentée de dimensions. Lorsqu'on pratique la dilatation de la cavité, on trouve une muqueuse normale, aucun polype, aucun fibrome ».

9° Métrorragies d'origine ovarienne

M. Bouilly dans un travail publié dans *La Gynécologie* avril 1899, a décrit d'une façon magistrale les métrorragies d'origine ovarienne dont certaines par leur allure clinique rappellent à s'y méprendre les métrorragies observées dans la métrite hémorragique essentielle.

Ces métrorragies, on peut les observer, nous dit-il : 1° dans les kystes simples de l'ovaire, les grands kystes ayant les caractères des kystes bénins ; 2° dans les kystes végétants des ovaires, kystes prolifères, papillaires, etc. se comportant dans l'abdomen à la manière des tumeurs

malignes; 3° dans cette variété fréquente de dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, dans laquelle les kystes peuvent varier de volume, depuis celui d'un grain de mil jusqu'à celui d'un œuf de pigeon ou de poule.

Dans les deux premiers cas, c'est-à-dire quand les métrorragies se produisent en relation avec des kystes simples ou végétants de l'ovaire, l'écoulement sanguin ne constitue qu'un symptôme de médiocre importance; il ne peut être considéré que comme un phénomène accessoire et s'efface devant l'importance des signes fournis par l'examen de l'abdomen. Au contraire, la métrorragie prend la première place quand elle est liée à une lésion ovarienne, petite, difficile à constater, comme dans le cas de dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire. Le symptôme prédominant, celui qui attire l'attention et commande l'indication, est la perte sanguine prolongée et récidivante; ce n'est que par des examens répétés et souvent longtemps après le début des accidents métrorragiques et l'insuccès de traitements variés, que l'on arrive à reconnaître la véritable cause du mal et l'utile indication thérapeutique.

Nous allons nous occuper ici spécialement des métrorragies dans les variétés scléro-kystiques, métrorragies qui nous paraissent avoir les mêmes caractères que les métrorragies attribuées à la métrite hémorragique essentielle.

Métrorragies dans les ovarites scléro-kystiques

Il s'agit presque toujours de femmes jeunes, en pleine vie génitale; d'aucunes sont multipares; d'autres sont nullipares (observation VII) et chez celle-ci l'absence de conception en dehors de tout trouble utérin peut déjà faire supposer un trouble de fonctionnement ovarien.

1° *Caractères de ces métrorragies.* — D'abord ménorragiques, les pertes sanguines deviennent intermenstruelles, se répètent fréquemment; et présentant généralement une abondance extrême, et si elles ne sont pas très abondantes leur durée presque continue amène la malade à un grand affaiblissement. Certaines de ces pertes deviennent de plus inquiétantes par leur abondance et plongent la malade dans un tel état d'anémie qu'on est obligé de la remonter avant d'intervenir chirurgicalement (voir observation V).

Ces hémorragies en effet (et ceci est un point de diagnostic capital) résistent à tous les traitements généralement employés par arrêter les métrorragies. Les injections chaudes, les tamponnements, les attouchements ou les lavages intra-utérins, l'ergot de seigle ingéré par la voie buccale ou administré par la voie cutanée, tous ces moyens sont mis en œuvre sans donner de résultat, ou tout au moins leur effet est-il illusoire car les pertes sanguines se renouvellent à bref délai avec une énergie nouvelle.

Le curettage est-il plus heureux ? Non, car son action n'est que passagère, ainsi qu'en font foi toutes les observations.

Ainsi hémorragies graves, répétées, résistant aux traitements médicaux et au curettage, telles sont les hémorragies que l'on rencontre chez les sujets atteints d'ovarite scléro-kystique. Notons, d'autre part, pour y revenir plus loin que l'examen des signes physiques (toucher, palpation, etc.) ne permet, dans le plus grand nombre de cas, de constater la dégénérescence kystique des ovaires, et que le plus souvent le diagnostic en sera porté d'après ces seuls signes rationnels qui ressemblent singulièrement on en conviendra à ceux de la métrite angiomateuse de Schmid.

C. — Du reste, seuls les signes rationnels permettraient, comme le fait remarquer judicieusement M. Bouilly, de reconnaître que ces métrorragies sont sous la dépendance des ovaires ; car bien que le plus souvent, les pertes soient prolongées au point d'occuper la presque totalité du mois, néanmoins elles ont surtout le caractère de métrorragies ; elles se produisent en général avec une certaine régularité, cessent pour quelques jours et reprennent avec la nouvelle menstruation. Dans l'intervalle des pertes, il n'y a pas de suintement sanguinolent comme au cas où il existe un corps étranger de l'utérus, fibrome polypiforme du corps ou polype glandulaire du col. Du reste ce qui prouve péremptoirement que ces hémorragies sont sous la dépendance de lésions ovariennes, c'est que dans

plusieurs cas observés par M. Bouilly, alors même qu'il était presque impossible de déceler par l'analyse des symptômes subjectifs (douleur, etc.), les lésions des ovaires, l'ablation de ces organes suffit à enrayer à tout jamais ces métrorragies. Il est des observations dans lesquelles les annexes ont été enlevés par la laparotomie avec conservation de l'utérus et, dans lesquelles l'hémostase a été définitivement obtenue. Témoin l'observation suivante que nous empruntons au travail de M. Bouilly.

Maz..., 20 ans, entrée à la Maternité, le 1^{er} octobre 1887. Réglée à 13 ans ; règles toujours douloureuses ; mariée à 19 ans, 2 accouchements spontanés à terme, l'un à 20 ans, l'autre à 21 ; infection puerpérale à la suite du 2^e accouchement ; à 22 ans, fausse couche de 6 semaines, suivie d'une poussée grave de pelvi-péritonite ; depuis cette époque, douleur presque continue dans le ventre et, à plusieurs reprises, poussées pelvi-péritonéales. Depuis deux ans (1885) pertes presque continuelles de sang, avec caillots, s'exagérant aux époques et s'accompagnant de douleurs abdominales ; en décembre 1886, nouvelle poussée péritonéale terminée par la formation et l'ouverture dans la vessie d'un abcès à pus très fétide.

Depuis ce temps les ménorragies ont encore augmenté, elles se prolongent 21 et 28 jours de suite, avec de volumineux caillots.

A l'entrée, état anémique aussi prononcé que possible ; au toucher, utérus volumineux en antéflexion, semblant augmenté de volume par la présence d'un fibrome dans la paroi antérieure. Dans le cul-de-sac postérieur et les culs-

de-sac latéraux, tuméfactions bilatérales, ayant environ chacune le volume d'un œuf de poule : col sain : non ulcéré, cavité utérine = 10 c. 1½.

Laparatomie le 11 octobre 1887. Annexes droites ; ovaire droit gros comme un œuf de poule, poli-kystique ; cinq kystes sur la même ligne, du volume d'un très gros pois, à contenu transparent ; trompe saine, un peu hypertrophiée ; fausses membranes péri-ovariennes. A gauche, ovaire composé d'un gros kyste du volume d'un œuf de dinde, péri ovarite, trompe saine. Utérus gros, régulièrement augmenté de volume, sans bosselures ni irrégularités pouvant faire supposer des noyaux fibromateux.

Guérison opératoire simple. La ménorrhagie se prolonge encore avec abondance jusqu'au 3 novembre, c'est-à-dire environ 21 jours après l'opération, à partir de ce jour elle cesse définitivement. A cette date on ne trouve plus l'utérus au palper, il a diminué de volume dans des proportions considérables et avec une rapidité énorme.

15 novembre. — L'utérus ne mesure plus que 8 centim.

28 novembre. — La malade est en parfaite santé. J'ai revu cette malade bien des fois, elle est restée tout à fait guérie et n'a plus jamais présenté de pertes : dans l'année qui a suivi son opération, l'utérus a diminué de volume dans des proportions considérables et est presque atrophié. Pendant longtemps la malade a accusé de fréquentes et pénibles bouffées de chaleur.

Monsieur le Professeur Pozzy a publié dans la « Revue de Gynécologie », septembre, octobre 1859, relativement à « une forme rare de métrite hémorragique » une obser-

vation que nous reproduisons à la fin de ce travail, observation qui se rapproche bien de celle de M. Bouilly par ses caractères cliniques. Elle a trait à une femme âgée de 30 ans, dont les règles, dès le début de leur apparition, se sont toujours montrées abondantes, douloureuses et prolongées. Puis ont apparu des pertes inter-menstruelles. Vu la prédominance des symptômes métritiques et *en l'absence de lésions annexielles bien déterminées*, on a eu recours au curettage. Malgré le curettage, le ventre reste douloureux, les pertes reviennent abondantes, prolongées et répétées. La dilatation à la laminaire suivie d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée et mèche intra-utérine n'amende pas les métrorragies. On est obligé de pratiquer la laparotomie. Or, que découvre-t-on ? Des ovaires scléro-kystiques sans altération des trompes. Ces ovaires ayant été enlevés, les métrorragies disparurent.

Nous trouvons dans les auteurs anglais et américains, des observations semblables. Ainsi le Dr Partkes (1) signale le cas analogue où devant l'insuccès du curettage et de la dilatation intra-utérine pour enrayer des métrorragies dont on ne pouvait arriver à déterminer la cause par les moyens d'exploration habituellement employés, il trouva à la laparotomie un petit ovaire scléro-kystique. Celui-ci ayant été extrait, la malade fut guérie de ses hémorragies.

Examen physique. — Lorsqu'on pratique l'examen phy-

(1) *Médical news*. Phila, 1889.

sique de l'utérus, on voit que le col est souvent gros, quelquefois même notablement hypertrophié (comme dans l'observation VII). Il est généralement mou, mais il peut aussi être dur, surtout chez les femmes d'un âge relativement avancé.

Le corps de l'utérus est toujours (sauf quelques rares observations) augmenté de volume. Cette augmentation peut être très considérable : dans plusieurs cas la cavité utérine mesure plus de dix centimètres, ordinairement elle atteint sept centimètres. Il est dur et résistant. (En se reportant à la description de Schmid il semblerait copier sur elle.)

Discussion

Ces métrorragies d'origine ovarienne ne rappellent-elles pas par leurs caractères les métrorragies observées dans les cas de métrite hémorragique essentielle ?

Les unes et les autres sont essentiellement abondantes, répétées, rebelles aux traitements médicaux généralement mis en usage, rebelles au curetage.

« Ce qui caractérise, dit M. Schmidt, la métrite angioma-teuse, au point de vue thérapeutique, c'est l'insuccès du

traitement médical comme du curettage. C'est en vain qu'on emploie toute la série des hémostatiques : ergot, *hydrastis canadensis*, *cannabris indicæ*, digitale ; c'est en vain qu'on applique des topiques variés : injections d'antipyrine, de salipyrine, grandes injections chaudes, teinture d'iode : ou qu'on modifie la muqueuse par des caustiques chimiques ou physiques, ou même qu'on pratique le curettage : rien n'y fait ; on obtient un repos de quelques semaines, d'un mois ou deux au plus ». Tous ces signes ne caractérisent-ils pas aussi bien les métrorragies d'origine ovarienne ? Il suffit de jeter un coup d'œil sur nos observations pour s'en convaincre.

Peut-on objecter en faveur de la dualité de ces métrorragies qu'aucun phénomène subjectif ou objectif dans les observations citées à l'appui de la métrite hémorragique essentielle ne puisse faire supposer cette provenance annexielle ? « Les annexes sont normales », dit M. Schimd, « leur palpation n'est pas douloureuse ». Et cependant à la lecture de ses propres observations nous en trouvons où les lésions de salpingo-ovarite sont manifestes (obs. III). D'autres où l'ovaire droit présentait deux kystes de la dimension d'un pois (obs. IV), d'autres enfin où il n'est pas donné de renseignements sur les annexes pour douleurs dans les reins et le bas-ventre (obs. I). Dans l'observation de M. Pozzy, il est fait mention d'ovaires scléro-kystiques (obs. X). Enfin nous ajouterons que dans bien des cas une dégénérescence kystique peu avancée peut échapper à l'observation.

Quant au phénomène douleur on ne saurait le mettre en ligne de compte comme élément de diagnostic. S'il existe dans les cas de péri-ovarite ou de péri-métrite, il passe inaperçu dans l'ovarite simple ; dans ce cas l'ovaire scléro-kystique est libre et pour ainsi dire flottant dans la cavité péritonéale, mobile et capable de déplacement : on ne peut l'atteindre par l'examen direct. Ici le système métrorragie existe seul pour nous conduire au soupçon de la lésion ovarienne ; or, cette métrorragie nous la voyons identique à celle décrite par MM. Schmid et Quénu et qui leur sert de base clinique pour créer leur variété de métrite hémorragique essentielle.

Nous ajouterons enfin que l'examen du col et du corps utérins a fourni dans les deux cas les mêmes signes physiques que nous avons décrits plus haut et sur lesquels nous croyons inutile de revenir.



Chapitre II

Etude anatomo-pathologique

Mais pour créer leur forme de métrite hémorragique essentielle, MM. Schmid et Quénu se sont aussi et principalement appuyés sur l'anatomie pathologique du tissu utérin ; ils ont fait des caractères histologiques des lésions de la muqueuse des vaisseaux et du parenchyme utérins la base de cette entité nosologique que serait suivant eux la métrite caverneuse.

Quelles sont donc ces lésions ?

Si nous nous rapportons à l'observation IV de la thèse de Schmid, observation personnelle, voici ce que nous apprend l'examen histologique de l'utérus enlevé par métrorragie ayant résisté aux traitements palliatifs ordinaire :

Nous citons l'auteur. « Au microscope, on constate à un grossiment moyen que l'épithélium de la muqueuse est sain, de même que l'épithélium glandulaire. Les culs-de sac glandulaires sont un peu augmentés de volume et s'enfoncent en partie dans le tissu musculaire ce qui in-

dique qu'il existait ici un léger degré de métrite glandulaire. On observe surtout dans la partie superficielle de la muqueuse, des vaisseaux de nouvelle formation avec un simple revêtement endothélial. Ces vaisseaux sont gorgés de globules sanguins. Il n'y a point d'hémorragie interstitielle. De même la zone des vaisseaux périglandulaires n'est pas hypertrophiée et il n'y a pas d'extravasation dans la lumière de la glande. Il y a *peu* de vaisseaux sclérosés dans la profondeur de la muqueuse. Dans la couche musculaire, on observe par contre une augmentation du tissu fibreux, surtout au niveau des culs-de-sac glandulaires qui la pénètrent légèrement. Plus loin, la musculaire est normale.

Dans une autre observation (observation III spécialement présentée par MM. Pilliet et Baraduc à la Société de biologie, on constate sur les coupes d'un utérus enlevé pour les mêmes raisons que précédemment, des lésions étendues à toute l'épaisseur du muscle et plus marquées à la partie supérieure du corps utérin. « Les faisceaux musculaires sont atrophiés, dispersés et confondus; ils sont séparés par de larges traînées de tissu conjonctif lâche, d'aspect muqueux, parsemés d'hémorrhagies interstitielles. Ce qui frappe le plus dans ces traînées, c'est la présence de capillaires sanguins extrêmement nombreux, présentant tous une telle *prolifération de leur endothélium* qu'ils paraissent presque partout avoir un double ou même un triple revêtement de cellules. Par places, ils sont irrégulièrement dilatés, présentent des bourgeons saillants dans l'intérieur de leur cavité, offrent tous les caractères de l'angiome ca-

verneux. Autour de ces points extasiés, existent des hémorragies diffuses dans le tissu conjonctif. Les artérioles sont atteintes d'endo-périartérite considérable ; les veines sont dilatées et épaissies. Il existe, dans toutes les coupes des amas de cellules embryonnaires autour des artérioles. On trouve aussi quelque lymphatiques très dilatés. »

En résumé donc d'après ces observations et d'autres semblables apportées à l'appui de la thèse, l'examen microscopique de l'utérus aurait révélé.

1° du côté de la muqueuse, la néoformation de vaisseaux à parois embryonnaires souvent dilatés, les culs-de-sac glandulaires tantôt dilatés, plus souvent atrophiés, un revêtement épithélial normal ; 2° du côté du muscle une prolifération abondante du tissu conjonctif et des vaisseaux.

Si nous ajoutons que dans toutes ces observations l'utérus était gros et épais d'une longueur totale de 9-11 centimètres, à cavité mesurant 8 ou 9 centimètres, et que la muqueuse et le tissu musculaire avaient leur aspect normal, nous aurons décrit les lésions anatomique sur lesquelles MM. Quénu et Schmidt se sont basés pour créer la métrite caverneuse.

Ces lésions sont-elles vraiment pathognomoniques de la métrite hémorragique dite essentielle ? nous ne le pensons pas. Car les types essentiels de ces lésions utérines semblent avoir été retrouvés ainsi que nous allons essayer de le démontrer, dans d'autres cas de métrorragies plus ou moins anciennes et répétées et nettement, sinon liées, du moins concomitantes avec des lésions annexielles. De

sorte qu'on peut se demander si les métrorragies d'abord et les lésions utérines ensuite ne seraient pas plutôt sous la dépendance de lésions ovariennes.

M. Schmid, étudiant les métrorragies dans les lésions annexielles écrit : « Ce qui prouve bien qu'il s'agit ici de métrorragies et non de métrite hémorragique, c'est que l'examen anatomo-pathologique de la muqueuse a montré aussi fréquemment une muqueuse normale que des lésions de métrite glandulaire ou interstielle. » Les observations que nous avons eu sous les yeux nous portent à penser différemment.

Nous retrouvons en particulier dans le travail de M. Bouilly, trois cas, que nous avons suivis alors que nous étions élève de M. Villemin, et qui bien qu'ils ne soient pas inédits, serviront de base à notre discussion car nous les interpréterons à un point de vue spécial.

En effet, M. Bouilly ne s'est servi de ces observations que comme documents prouvant que les métrorragies étaient accompagnées de lésions ovariennes. Nous, nous insistons sur ce fait que dans les trois observations où les lésions scléro-kystiques des ovaires étaient fort avancées et suffisantes en elles-mêmes à déterminer les métrorragies, l'on a trouvé dans la muqueuse et le parenchyme utérin des lésions histologiques en tout semblables à celles décrites comme caractéristiques de « métrite angiomateuse: »

La première de ces observations (voir obs. V) a trait à une femme de 32 ans, ayant eu trois accouchements normaux et qui depuis sa dernière grossesse, se plaint de règles

douloureuses, abondantes et prolongées qui l'obligent finalement à rentrer à l'hôpital où on lui fait subir le curetage et l'amputation sus-vaginale de col, qui ne font bénéficier la malade que d'une accalmie de quelques semaines. Deux mois et demi après, à la suite d'une nouvelle perte des plus inquiétantes, la malade rentre de nouveau à l'hôpital dans un état d'anémie très prononcé. Elle est hystérectomisée et ses annexes sont enlevés.

Or, que nous donne ici l'examen des pièces. La cavité utérine précédemment amputée du col ne présente qu'une largeur de 5 centimètres et demi ; la muqueuse n'offre rien d'anormal. Les parois sont épaisses de 2 centimètres et demi sans être fibromateuses ; à la coupe nombre de vaisseaux restent béants. Les ovaires sont petits, atrophiques, présentant les lésions typiques de l'ovarite sclérokystique ; ce qui nous explique ces métrorragies que rien n'avaient pu enrayer, ni le curetage, ni l'amputation du col.

Les trompes ne sont pas malades, leur volume est normal, elles ne contiennent point de pus.

A l'examen microscopique on trouve que le revêtement épithélial de la muqueuse est normal ; pas de prolifération glandulaire. Quelques-uns des vaisseaux présentent des parois épaisses, infiltrées de tissu conjonctif, d'autres de néo-formation sont constituées par une seule couche de cellules endothéliales. Le tissu musculaire utérin est infiltré de tissu conjonctif, de même que la paroi de ses vaisseaux.

Voilà, nous semble-t-il, une observation où les lésions histologiques de l'utérus ressemblent exactement à celles observées dans la métrite hémorragique essentielle; et cependant ici ces lésions utérines ne sont pas isolées mais concomitantes avec celles des ovaires qui ont été trouvés scléro-kystiques.

La seconde observation (ob.VI) est relative à une multipare âgée de 31 ans, ayant eu 4 enfants et 3 fausses couches, et qui, depuis cette dernière, souffre du bas-ventre au moment des règles, qui deviennent de plus en plus abondantes, de plus en plus prolongées. Elle entre à l'hôpital où on pratique un curettage qui ne donne aucun résultat, car les pertes et les douleurs ne cessent point d'être aussi accentuées. Elle entre le 7 janvier 1898 à l'hôpital de Clichy où nous avons pu l'examiner. L'utérus était gros, mobile, douloureux à la pression, le col déchiré. Les trompes semblaient grosses comme le petit doigt; les ovaires assez volumineux étaient douloureux au toucher, surtout l'ovaire droit.

On pose le diagnostic de métrite, salpingite double, et ovarite scléro-kystique, et M. Thevenard pratique dès le surlendemain l'hystérectomie vaginale qui présente certaines difficultés à cause d'adhérences nombreuses comblant notamment le cul-de-sac de Douglas.

Les suites de l'opération furent normales, et la malade sortit de l'hôpital au bout de trois semaines.

Voici ce que fournit l'examen des pièces: Utérus gros,

épaisseur du tissu utérin : 2 centimètres à la partie moyenne et 2 centimètres et demi sur le fond.

Face postérieure recouverte d'adhérences. Muqueuse et parenchyme utérin normaux ; vaisseaux nombreux et béants.

A l'examen microscopique : revêtement épithélial normal, glandes atrophiées ; vaisseaux de nouvelle formation ; infiltration du tissu musculaire par le tissu conjonctif. Les vaisseaux du tissu musculaire présentent des lésions très marquées *d'endopériartérite et d'endopériphlébite*.

Ne peut-on pas rapprocher ces lésions histologiques de l'utérus de celles signalées dans les observations de M. Pichevin et de M. Pilliet, que nous reproduisons à la fin de ce travail, où les lésions de salpingo-ovarite étaient manifestes et où l'utérus présentait, sous le champ du microscope, de nombreux vaisseaux de néo-formation avec prolifération abondante de leur endothélium ; où les artérioles sont notées atteintes d'endo-périartérite considérable, les veines dilatées et épaissies attestant l'endopériphlébite.

La troisième observation (Obs. VII) se rapporte à une nullipare, âgée de 32 ans. Ici encore nous retrouvons le même flux métrorragique abondant et répété qui nécessite, comme dans les cas précédents, la laparotomie que pratique M. Villemin. Or que voit-on à l'examen des pièces ? les deux ovaires scléro-kystiques, et du côté de

L'utérus, le microscope nous montre une prolifération glandulaire, des vaisseaux de nouvelle formation, et le muscle envahi par le tissu conjonctif.

Ainsi dans ces trois observations où les métrorragies abondantes, réitérées, rebelles au curettage, coexistantes avec des ovaires manifestement scléro-kystiques n'ont pu être enrayées que par l'ablation des annexes, où les lésions des annexes étaient fort accentuées et suffisantes à expliquer les symptômes cliniques, l'examen histologique du tissu utérin révèle les mêmes lésions anatomopathologiques sur lesquelles on s'est appuyé pour créer la métrite hémorragique essentielle.

Les lésions utérines sont identiques dans les deux cas, car on y constate également : 1° l'infiltration de la muqueuse et du tissu musculaire par des cellules embryonnaires et conjonctives ; 2° le développement de nombreux vaisseaux de néoformation à parois embryonnaires constituées par une ou plusieurs couches de cellules endothéliales ; 3° des lésions d'endo-périartérite et d'endo-périphlébite sur les parois vasculaires préexistantes.



Chapitre III

Pathogénie des lésions utérines coïncidant avec les lésions scléro-kystiques des annexes

Comment expliquer les lésions utérines se manifestant par les métrorragies coïncidant avec les lésions scléro-hystiques des annexes ?

1° Et d'abord, ces lésions sont-elles primitives ou secondaires ?

Il semble qu'elles soient consécutives à la lésion ovarienne, si l'on en juge par la diminution rapide et progressive du volume utérin, après l'ablation des ovaires malades, sans qu'on ait appliqué aucune médication spéciale à l'utérus, et dont on peut retrouver un exemple frappant dans l'observation que nous avons relatée dans un chapitre précédent.

Une autre preuve à l'appui de cette thèse c'est qu'après l'ablation des annexes, tous les symptômes utérins, leucorrhée, métrorragies, disparaissent le plus souvent d'une manière définitive, ainsi qu'en font foi plusieurs observa-

tions ; or, comment expliquer leur disparition si l'on admet l'individualité et l'état primitif des lésions de l'utérus ?

2° Les lésions utérines relèvent-elles toujours d'une infection utérine ou sont-elles sous la dépendance de troubles de nutrition liés à l'état nerveux, ou à l'artério-sclérose ?

Il semble que la réponse à cette question ne puisse être encore donnée d'une façon catégorique. Toutefois on peut noter à cet égard deux courants d'idées qui semblent recéler chacun une part de vérité.

Ainsi, pour M. Bouilly, il y aurait infection portant d'abord sur le col utérin, cette infection serait transmise par voie lymphatique aux ovaires qui deviendraient scléro-kystiques. Les lésions ovariennes amèneraient par action réflexe, une hyperémie, avec hypertension des vaisseaux de l'utérus ; et à cette hypertension succèderaient les lésions vasculaires définitives. En d'autres termes les lésions observées dans l'utérus seraient des lésions secondaires dues en quelque sorte à l'excitation réflexe du système vasculo-nerveux de l'utérus sous l'influence de poussées congestives répétées dépendantes des lésions annexielles.

On pourrait rapprocher cette théorie de la théorie de Huchard qui donne comme origine aux lésions de l'artério-sclérose l'hypertension permanente du système vasculaire due à l'excitation cardio-vasculaire déterminée d'une façon réflexe par les toxines alimentaires.

L'infection débiterait, dit M. Bouilly, dans l'ovarite

scéléro-kystique isolée sans lésions de la trompe, par le col utérin et serait ensuite transmise aux ovaires par les vaisseaux lymphatiques. Dans le cas de lésions salpingiennes l'infection se ferait de proche en proche, c'est « *le feu dans la cheminée* ».

Tandis que M. Bouilly explique ainsi le cycle de la métrite hémorragique liée à la sclérose de l'ovaire : infection utérine se propageant aux ovaires et y déterminant des lésions qui retentissent à leur tour sur la circulation utérine. MM. Hepp et Richelot ne voient dans les lésions des annexes et de la matrice qu'une localisation de l'artériosclérose généralisée, qu'une manifestation simultanée sur le système génital de la sclérose des arthritiques.

« Il y a bon nombre de ces utérus, écrit M. Richelot (1), où la muqueuse est parfaitement saine, le péritoine lisse et uni, avec un état scléreux prononcé de parenchyme et de ses vaisseaux. Il est vraiment bien arbitraire d'admettre que l'infection a traversé la muqueuse sans l'altérer visiblement, ou bien s'est cantonnée dans le parenchyme en y causant des désordres progressifs, tandis que la muqueuse redevenait idéalement belle et que le péritoine, de son côté, ne subissait aucune atteinte de ce dangereux voisinage.

Et ailleurs : (2) « La sclérose utérine des arthritiques

(1) Richelot. « La sclérose utérine et la vraie métrite. » (Comptes-rendus de la Société d'Obst. de Cyn. et de Pœd. mai-juin 1900).

(2) Hepp. « Sclérose utérine et métrites chroniques. » Thèse Paris 1899, p. 112.

confine à la fibromatose de l'utérus, elle coïncide souvent avec la *dégénérescence scléro-kystique des ovaires*, avec la rétroversion et le prolapsus utérin, avec le cancer de l'utérus. Cee diverses affections paraissent résulter d'une même dystrophie générale qui se manifeste par les autres stigmates de l'arthritisme et qui peut toucher l'appareil génital de la femme aux divers âges de sa vie, surtout à l'époque de la nubilité et à l'époque de la ménopause. »

M. Doléris (1) croit, sans le pouvoir démontrer par des preuves irréfutables, à la sclérose utérine, affection constitutionnelle, mais il la pense beaucoup plus rare que M. Richelot. Il croit à la fréquence autrement considérable des scléroses secondaires, dans lesquelles l'arthritisme ou bien telle autre tare dégénérative apporte sa caractéristique en faisant dévier les processus vers la sclérose.

Telle est aussi l'opinion de M. Delbet (2).

Ainsi deux théories sont en présence pour expliquer les lésions utérines concomitantes avec les lésions scléro-kystiques des ovaires : théorie de l'infection, théorie de l'artério-sclérose.

Nous pensons que les deux théories ne peuvent expliquer séparément tous les cas, mais qu'elles renferment l'une et l'autre leur part de vérité, qu'il faut encore savoir ici se tenir dans un juste milieu et donner selon les observations la priorité à l'une ou à l'autre.

(1) Doléris. — Comptes-rendus de la Société d'Obst. de Gyn. et de Pœd., juin 1900.

(2) Delbet. — (Idem).

Il est des malades jeunes en pleine vie génitale, ayant eu plusieurs grossesses, chez laquelle, l'infection même sans lésion apparente du col de l'utérus a eu bien des occasions de pénétrer sans donner lieu à des phénomènes bruyants ; si la porte d'entrée de l'infection a pu passer inaperçue rien ne nous prouve qu'elle n'ait pas existé. Si chez elles la diathèse neuro-arthritique ne s'est pas manifestée, l'infection seule peut nous mettre sur la piste de la pathogénie de leur métrite, et si la tare existe elle n'a pu que favoriser par son terrain la virulence du microbisme latent.

Nous croyons au contraire que la théorie de l'artériosclérose est absolument justifiée chez les femmes âgées, au voisinage de la ménopause ou l'ayant dépassée, ou chez les nullipares très jeunes nées de souche arthritique.



Observations

OBSERVATION I

In thèse de Schmid (Obs. III)

Quénu. Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris, 1893, n. s. XIX, 613.

La malade était âgée de 34 ans, lorsque je lui ai donné mes premiers soins : réglée à 15 ans et demi, elle a eu son premier enfant à l'âge de 27 ans, son second avant terme deux ans et demi après, jusque-là la santé avait été parfaite, la menstruation normale et régulière, En 1889, des pertes blanches survinrent, puis à la fin de l'année, en novembre et décembre, quelques pertes rosées entre les époques. Aucun autre phénomène douloureux *qu'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et dans les reins.*

De mars à juin 1890, des pertes sanguines incessantes, avec un seul répit de quelques jours, occupèrent l'intervalle des règles. Un chirurgien de province, ancien interne des hôpitaux, alors consulté, diagnostiqua une métrite et pratiqua le brossage et la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc.

Les pertes s'arrêtèrent deux mois, mais en septembre elles reparurent très abondantes et presque continuëles.

Trouvant la matrice épaissie et augmentée de volume, le médecin fit, d'octobre 1890 à avril 1891, 30 séances d'électrolyse.

L'amélioration fut minime et le 25 mai, c'est-à-dire un mois après, *un curettage avec attouchement à la créosote était exécuté*. Le mois de juin se passa sans pertes.

En juillet et août, il y eut suppression des règles. En septembre, les pertes reparurent, et c'est alors qu'au commencement d'octobre 1891, la malade vint à Paris me consulter. Je constatai que l'utérus était seul en cause, les annexes étaient sains, non douloureux à la pression. L'utérus était augmenté de volume avec une direction à peu près normale. Aucun corps fibreux. Je pratiquai le curettage suivi d'une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. La malade eut l'espoir d'être guérie. Les mois de novembre, de décembre 1891 et janvier 1892 se passèrent en effet sans métrorrhagie, la pesanteur avait diminué, la marche était devenue facile.

Mais en mars, les époques se rapprochèrent, revinrent toutes les trois semaines. A partir de juin, hémorrhagies légères, mais continuelles jusqu'au mois d'août. Au mois d'août, les métrorrhagies augmentèrent d'importance, et la malade revint, notablement anémiée et très découragée me consulter au commencement d'octobre 1892, c'est-à-dire il y a un peu plus d'un an.

Dilatation très complète du col, exploration minutieuse de la cavité utérine restant négative, aucun corps fibreux.

Nous restions donc en présence de ce même diagnostic de métrite hémorrhagique car ici ni l'état des annexes, ni l'état général ne pouvaient nous rendre compte de la persistance des pertes. Mme X... est une femme pondérée, nullement hystérique ; le foie, le cœur, les reins n'offraient

rien d'anormal, pas de sucre dans les urines, aucune disposition hémophilique.

Dans les premiers jours de novembre, je pratiquai l'opération suivante : je fis sur le col une incision circulaire, décollai la vessie, effondrai le cul-de-sac postérieur ; j'excisai le col comme pour une hystérectomie vaginale, puis j'incisai l'utérus sur la ligne médiane.

Je pratiquai au fur et à mesure de l'abaissement l'excision de la muqueuse utérine dont il ne resta que deux petits entonnoirs répondant chacun à l'orifice de la trompe. Le fond de l'utérus et la muqueuse qui le revêt furent ainsi entièrement respectés ; perte de sang minime ; 5 ou 7 pinces de Kocher appliquées sur les surfaces saignantes et quelques tampons suffirent à assurer l'hémostase. La malade quitta la maison de santé à la fin de novembre, elle eut au milieu de décembre, pendant 3 jours, de très petites pertes provenant vraisemblablement du fond et des angles de l'utérus. J'ai reçu tout dernièrement de ses nouvelles : les règles n'ont fait que manquer en mars, avril, mai et juin ; depuis, aucune espèce de perte, la pesanteur a disparu, la marche est devenue facile, la guérison semble enfin définitivement acquise.

Les fragments de muqueuse excisés ont été examinés au laboratoire de M. Cornil au point de vue bactériologique par mon ancien interne M. Carrel : aucune des diverses méthodes employées ne permit de découvrir dans la trame de la muqueuse ni dans les tissus sous-jacents, la moindre trace de micro-organisme ; la muqueuse n'offrait, du reste, à sa surface aucune fongosité, aucune granulation, ni même aucune sécrétion pathologique. Nous n'avions certainement pas affaire à une métrite réinoculée dans l'intervalle des opérations successives ; les soins les

plus minutieux avaient été continués après les curettages et je n'avais pour ma part jamais constaté la suppuration de l'utérus ; l'examen histologique de la pièce nous permit de nous rendre compte de l'opiniâtre persistance des hémorrhagies. Tout d'abord, le tissu utérin n'est le siège d'aucune dégénérescence néoplasique : les glandes sont plutôt atrophiées, le chorion, sur la plupart des coupes, est transformé en un tissu caverneux, très rapproché de la surface et rappelant celui qu'on observe dans certaines structures hémorroïdaires ou encore dans la muqueuse uréthrale de certaines femmes ».

OBSERVATION II

In thèse Schmid (Obs. IV)

Publiée par MM. Pichevin et A. Petit, in *Gaz. méd. de Paris*, n° 47, 23 nov. 1895

Femme 41 ans, sans antécédents héréditaires, réglée à 11 ans, d'une façon irrégulière, d'abord, puis régulièrement depuis son mariage à 19 ans. 2 accouchements normaux sans suites. Fièvre typhoïde à 28 ans, suivie de métrorrhagies jusqu'à 29 ans où elle eut une 3^e grossesse qu'elle mena à bien. Après cette couche se montrèrent des métrorrhagies très abondantes. 4^e grossesse à 30 ans, accouchement normal, les règles redeviennent régulières. A l'âge de 33 ans, 5^e grossesse avec hémorrhagies pendant les premiers mois et suivie après l'accouchement à terme de métrorrhagies abondantes. A 34 ans, règles normales ;

à 35 ans, métrorrhagies nouvelles devenant graves à 37 ans. Curettage à ce moment amenant une amélioration pendant un an. Les troubles reparaissent à 39 ans, et une métrorrhagie de 6 mois de durée l'amène à l'hôpital où, malgré le repos et les soins, elle dure jusqu'au moment de l'opération.

Examen : Utérus gros, cavité 8 cm. 1/2, col volumineux, évasé, pas mou. Matrice mobile, en situation normale. Rien aux annexes. Pas de signes de grossesse.

Diagnostic. — Utérus fibromateux.

Hystérectomie vaginale le 18 décembre 1894, suites opératoires simples malgré une légère phlébite dont la malade guérit.

Examen de la pièce. — Caillots sanguins en assez grande abondance. La muqueuse ne semblait ni fongueuse, ni épaissie. En aucun point, il n'y avait trace de placentation. Les parois utérines, triples au moins du volume normal, ne présentaient pas de trace de dégénérescence maligne. Il n'y avait pas de fibrome. L'utérus était de consistance normale.

Examen microscopique. — « Les lésions les plus manifestes portent sur tous les vaisseaux sanguins ; ceux-ci présentent deux ordres d'altération, leur nombre est très augmenté et en même temps leurs parois ont subi un épaississement considérable ; le tissu conjonctif périvasculaire est anormalement développé. Ces lésions sont d'ailleurs si accusées en certains points que le stroma est remplacé par des vaisseaux altérés ; cette disposition est surtout accusée dans les couches moyennes, mais elles sont très manifestes près de la cavité utérine et près du péritoine.

Le stroma est imprégné par places d'ilots formés par

des cellules embryonnaires ; en outre, il est traversé par des faisceaux fibreux assez volumineux ; enfin, on constate une augmentation dans le nombre des vaisseaux lymphatiques dont la lumière est agrandie.

Le tissu musculaire est remplacé en partie par l'élément conjonctif et par des vaisseaux. »

OBSERVATION III

In thèse Schmid (Obs. V)

(Présentée par MM. Pilliet et Baraduc, à la *Société de biologie*, le 27 mars 1895)

Il s'agit d'une malade entrée dans le service de M. le professeur Tillaux, à l'hôpital de la Charité. Elle a été réglée à 11 ans, n'a jamais été souffrante jusqu'à son mariage.

A 18 ans elle se maria, et fut enceinte dès les premiers mois. A partir du 6^e mois de sa grossesse, elle commença à éprouver dans le ventre des douleurs très vives qui durèrent jusqu'au moment de l'accouchement. Le 27 mars 1894, elle accoucha normalement d'un enfant à terme. Le 11^e jour après, elle se levait très bien portante.

Mais, quelques jours après, les douleurs reparurent aussi vives qu'auparavant.

Les règles n'étaient pas revenues et la malade n'avait que quelques pertes blanches.

Elle alla à l'hôpital Cochin où M. Bouilly diagnostiqua une métrite. Le curettage fut pratiqué le 21 juin 1894.

Quelques jours après, les douleurs et les pertes blanches revinrent ; et en août 1894, un nouveau curettage fut pratiqué dans le même service. Comme après le premier, les douleurs et les pertes réapparurent au bout de quelque temps. En octobre 1895, elle entra dans le service où M. Thiéry, chef de clinique, diagnostiqua une *double salpingo-ovarite*, la laparotomie fut pratiquée le 17 octobre 1895. On fit l'ablation des annexes des deux côtés : les suites de l'opération furent normales et la malade sortit guérie, en apparence du moins, le 10 novembre.

Quelques jours après, les douleurs revinrent en même temps qu'une métrorrhagie abondante qui dura quinze jours.

En décembre, les métrorrhagies cessèrent, mais les douleurs et les pertes blanches revinrent. Cependant la malade put reprendre peu à peu ses occupations lorsqu'en janvier 1895 survint une hémorragie abondante mais sans caillots qui dura du 1^{er} au 16 janvier. En même temps, elle éprouvait des douleurs très vives dans l'abdomen, irradiées dans la région sacrée et dans les deux cuisses. Elle rentre dans le service le 14 janvier. Examen à l'entrée : *La malade se plaint de douleurs très vives*, empêchant complètement le sommeil, et de pertes blanches très abondantes.

Au toucher, on sent un col mou, un *utérus gros et douloureux*. L'utérus est en bonne position et il n'y a rien dans les culs-de-sac.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée par M. Tillaux, le 15 février.

Dans le cours de l'opération, on remarque que l'utérus est mou et d'une fragilité particulière. Si bien, que le

doigt qui cherche à le décoller en avant perfore sa paroi postérieure et pénètre dans sa cavité.

Les suites de l'opération furent normales ; les pinces enlevées au bout de 48 heures ; et à l'heure actuelle la malade est dans un excellent état.

L'utérus volumineux, *mou, d'une excessive friabilité*, se laissait traverser par le doigt. Sur les coupes, on constate des lésions étendues à toute l'épaisseur du muscle et plus marquées à la partie supérieure du corps utérin. Les faisceaux musculaires sont atrophifiés, dispersés et confondus ; ils sont séparés par de larges traînées de tissu conjonctif lâche, d'aspect muqueux, parsemé d'hémorragies interstitielles. Ce qui frappe le plus dans ces traînées, c'est la présence de *capillaires sanguins extrêmement nombreux, présentant tous une telle prolifération de leur endothélium*, qu'ils paraissent presque partout avoir un double ou même un triple revêtement de cellules. Par places, ils sont irrégulièrement dilatés, présentent des bourgeons saillants dans l'intérieur de leur cavité, offrent tous les caractères de l'angiome caverneux. Autour de ses points ectasiés, existent des hémorragies diffuses dans le tissu conjonctif. *Les artérioles sont atteintes d'endo-périartérite considérable ; les veines sont dilatées et épaissies*. Il existe, dans toutes les coupes, des amas de cellules embryonnaires autour des artérioles. On trouve aussi quelques lymphatiques très dilatés.

OBSERVATION IV

In thèse Schmid (Obs. VII)

(Lésions scléro-kystiques des annexes)

Tour... Louise, 32 ans, sans profession, entrée dans le service de M. le D^r Quénu, hôpital Cochin, salle Bichat, lit n° 14.

La malade est reçue à l'hôpital pour des pertes utérines.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relatons qu'une tante est morte à 63 ans, de tumeur abdominale et que la mère de la malade avait un prolapsus utérin.

Elle-même eut la fièvre typhoïde à 14 ans 1/2 et pendant la convalescence, des douleurs articulaires qui la tinrent au lit pendant 6 mois.

Elle a été réglée à 17 ans 1/2 difficilement. Ses règles étaient abondantes, mais irrégulières ; il lui arrivait de rester 3 mois sans voir. A 20 ans elle eut une ménorrhagie qui nécessita le tamponnement. Elle resta trois mois au lit, puis ses règles revinrent alors régulières,

Elle se maria à 21 ans. Elle eut quatre accouchements à terme, après le premier elle perdit assez abondamment pendant deux mois, mais ces hémorrhagies cessèrent d'elles-mêmes. Les suites des autres accouchements furent normales. En 1893, la malade continua à avoir des règles abondantes et régulières. En juillet elle eut une ménorrhagie et un médecin qui pratiqua le toucher ne trouva aucun signe de grossesse. En août, elle fit une fausse couche, dit-elle, qui s'accompagne d'une métrorrhagie très abondante.

Danthez

Depuis ce moment, ses règles devinrent tout à fait irrégulières. Elle avait des pertes assez abondantes séparées par des périodes de repos très variables en durée. Toute l'année 1894 se passa ainsi. En août 1895 elle fut soignée chez M. Péan ; on lui fit de la dilatation et un curetage.

Pendant deux mois, elle n'eut plus d'hémorrhagie. Mais celles-ci recommencèrent en octobre et comme elles paraissent ne pas devoir cesser la malade entre à l'hôpital.

A son entrée, la malade est dans un état d'anémie profonde, ses téguments sont décolorés. On sent le fond de l'utérus à la palpation et en combinant le toucher et la palpation, on trouve un utérus gros, mobile, assez douloureux. Il est en antéflexion, légèrement dévié à droite. Le col regarde en arrière, il est régulier et gros.

La cavité utérine mesurait 8 cm. 1/2.

On lui fit de la dilatation avec des lamineaires, des cautérisations intra-utérines et les hémorrhagies cessèrent.

On institua alors un traitement par les ferrugineux pour remonter l'état général de la malade. Elle prit aussi de l'hémoglobine et s'améliora considérablement, malgré deux ou trois ménorrhagies peu abondantes.

En février 1896, elle commença à perdre d'une façon presque constante, et elle vit disparaître, en quelques jours, le bénéfice de ces trois mois de repos. L'amaigrissement était notable, la pâleur très marquée.

A l'examen on trouvait un col gros légèrement ramolli, sans déchirures, ni ectropion. L'utérus était gros, dépassant légèrement la symphyse mais mobile et régulier. Les annexes sent saines, à droite seulement l'ovaire est un peu gros.

26 février. — Une métrorrhagie très abondante nécessite un tamponnement d'urgence et en présence de l'état

de la malade et de l'insuccès des traitements précédents, on décida l'hystérectomie vaginale.

2 mars. — Hystérectomie vaginale. suivant le procédé de M. Quénu, c'est-à-dire section médiane de l'utérus sur les parois antérieure et postérieure après libération du vagin et ouverture du péritoine. Les annexes sont attirées et les ligaments larges sont saisis en dehors d'elles de haut en bas par trois pinces échelonnées. — Perte de sang insignifiante, — Tampons dans l'axe du vagin et contre la paroi en dehors des pinces.

La malade reportée dans son lit se sent très faible on lui fait une injection sous-cutanée de sérum de 500 centimètres cubes.

Le soir température 37°2, pouls fréquent à 110, assez fort un peu de somnolence.

Examen de la pièce. — L'utérus examiné aussitôt après l'opération est gros. Sa longueur total est de 11 centimètres la longueur de la cavité est de 9 centimètres, dont 6 pour le corps et 3 pour le col. Ses parois sont épaisses, au niveau du col elles mesurent de 9 à 15 millimètre, au niveau des faces du corps 25 à 30 millimètres et au niveau du fond 20 millimètres.

Son poids est de 158 grammes.

La muqueuse paraît normale, elle est cependant un peu rosée par places, et dans la partie supérieure de la cavité il existe un fin pointillé rouge, très marqué par places. Pas trace de fongosités, de polypes muqueux et de fibromes sous-muqueux.

Les parois ne crient pas sous le couteau, elles paraissent constituées par du tissu utérin normal; la coupe est blanche, rosée par places, on voit quelques rares tractus blanchâtres peu abondants. On ne découvre malgré un

examen attentif aucun noyau fibromateux ni interstitiel, ni sous muqueux, si petit soit-il

Les annexes sont tout à fait normales à gauche, sans aucune adhérence. *Sous le revêtement péritonéal de la trompe, les vaisseaux arborescents sont un peu plus marqués qu'à l'ordinaire.*

Les annexes droites sont normales, l'ovaire présentait *seulement deux petits kystes* comme un pois, sans autre altération. On remarque contre le bord de l'utérus des varices assez marquées dans le ligament large.

Nous avons prélevé à deux endroits différents dans le corps et dans le col de petits fragments comprenant la muqueuse et la plus grande partie du muscle utérin. Ces morceaux ont été fixés par la liquer de Flemming, passés dans les alcools sériés et montés à la paraffine.

Ils ont été débités en coupes sériées. Les coupes ont été colorées à l'hématoxyline éosine.

Au microscope, on constate à un grossissement moyen que l'épithélium de la muqueuse est sain, de même que l'épithélium glandulaire. Les culs-de-sac glandulaires sont un peu augmentés de volume et s'enfoncent en partie dans le tissu musculaire, ce qui indique qu'il existait ici un léger degré de métrite glandulaire.

On observe surtout dans la partie superficielle de la muqueuse, des vaisseaux de nouvelle formation avec un simple revêtement endothélial. Ces vaisseaux sont gorgés de globules sanguins. Il n'y a point d'hémorragie interstitielle. De même la zone des vaisseaux péri-glandulaires n'est pas hypertrophiée et il n'y a point d'extravasation dans la lumière de la glande.

Il y a peu de vaisseaux se érosés dans la profondeur de la muqueuse.

Dans la couche musculaire, on observe par contre une augmentation du tissu fibreux, surtout au niveau des culs-de-sac glandulaires qui la pénètrent légèrement. Plus loin la musculaire est normale.

Le 3 mars. — T. 38°5, 900 grammes d'urine. Pouls bon à 103. État général meilleur.

500 grammes de sérum. La malade se plaint d'être gênée par les gaz.

Le 4. — T. 37°8, 38°4. Pouls à 120, bon 500 grammes d'urine, pas de gaz. La malade est toujours très faible, et a, l'après-midi, une légère lipothymie qui passe avec une injection hypodermique de 500 grammes de sérum.

Le soir, elle se plaint de gaz intestinaux, la langue est pâteuse, le ventre est indolore, un demi-verre de limonade purgative détermine plusieurs selles qui soulagent la malade.

Le 5. — Levées des pinces. — On constate à la partie moyenne du sacrum, sur la ligne médiane, une eschare de la grandeur d'une pièce de 2 francs, entourée d'un bourrelet paraissant intéresser la peau et le tissu sous-cutané. T. 38°4.

Le 6. — Amélioration très sensible, les lèvres sont légèrement rosées.

Le 20. — La malade est très améliorée : les téguments sont colorés, l'appétit commence. L'eschare, qui était tombée vers le 12 mars, laisse encore une cavité profonde allant jusqu'au sacrum.

Le 30. — La malade se lève et va au jardin. Elle est très nerveuse et portée aux idées hypochondriaques.

Le 20 avril. — Malade très améliorée, plus forte et plus gaie.

10. — L'escharre est cicatrisée depuis 5 jours. L'état

général est très bon, mais la malade conserve encore un peu de pâleur. Elle s'en va à la campagne.

OBSERVATION V (D^r Thévenard)

X..., 32 ans, réglée à 14 ans, 3 grossesses, la dernière il y a 7 ans, rien d'anormal pendant ou après les accouchements.

Depuis la dernière grossesse, règles tous les 20 jours, très douloureuses, avec sensation de douleurs et de pesanteurs dans les reins. Les règles sont de véritables pertes de sang rouge vif, très abondantes et très prolongées.

La malade entre une première fois à l'hôpital pour être soignée de ses pertes et de ses douleurs, le 7 juillet 1897. L'examen démontrait un gros utérus, remontant à 3 travers de doigt au-dessus du pubis ; le col est énorme ; l'hystérectomie indique une cavité de 10 centimètres environ et une légère rétroflexion. Léger empâtement du cul-de-sac gauche ; l'ovaire droit est parfaitement mobile sous les doigts, *non douloureux à la pression*. On pense avoir affaire à un utérus fibromateux, avec légères lésions péri-annexielles et ovarite sc'éro-kystique.

La malade subit le curettage et l'amputation sus-vaginale du col et séjourne 40 jours à l'hôpital.

Un mois après sa sortie, 2 mois et demi après l'intervention, à l'occasion des règles perte considérable.

Un mois après, nouvelle perte des plus inquiétantes : la malade entre de nouveau à l'hôpital (27 octobre 1897), dans un état tel d'anémie qu'on est obligé de la remonter

pour l'opérer sans danger. Mêmes signes physiques que précédemment.

Hystérectomie vaginale et ablation des annexes le 7 décembre 1897.

L'utérus très difficile à isoler en arrière, tient par des fausses membranes anciennes qui comblent le Douglas. Les annexes sont également maintenues par des adhérences et entourées par de petites collections de sérosité péritonéale.

À l'examen des pièces, la cavité utérine précédemment amputée du col ne présente plus qu'une longueur de 5 centimètres et demi; la muqueuse n'offre rien d'anormal dans sa coloration, ni aucune végétation à sa surface. Les parois présentent une épaisseur de 2 centimètres et demi, mais ne sont pas fibromateuses; à la coupe, nombre de vaisseaux restent béants.

Les *trompes* sont perméables, entourées de débris d'apparence inflammatoire; leur volume est normal; elles ne contiennent pas de pus.

Les *ovaires* petits, atrophiques, présentent les lésions typiques de l'ovarite scléro-kystique.

Examen microscopique. — *Utérus.* — Le revêtement épithélial de la muqueuse est normal; il n'y a pas de prolifération glandulaire; il y a plutôt atrophie. Quelques-uns des vaisseaux présentent des parois épaisses, infiltrées de tissu conjonctif; à côté, on trouve de nombreux vaisseaux néoformés à parois embryonnaires constituées par une seule couche de cellules endothéliales.

Les coupes pratiquées en plein tissu musculaire utérin montrent: 1° une prolifération abondante du tissu conjonctif, surtout des vaisseaux; 2° dans la paroi des vais-

seaux, la disparition de l'élément musculaire étouffé par le tissu conjonctif et la prolifération de l'endothélium.

OBSERVATION VI (D^r Thévenard)

X..., 31 ans, 4 enfants, 3 fausses couches, la dernière il y a 4 ans. Depuis cette dernière fausse couche, douleurs de reins et du bas-ventre au moment des règles. A chaque règle, pertes fort abondantes et métrorragies dans les époques intermenstruelles. La malade a subi un curetage il y a 6 mois, à Saint-Antoine ; malgré des soins continus, elle n'a vu ni ses pertes, ni ses douleurs s'améliorer ; elle entre à l'hôpital de Clichy le 7 janvier 1898.

A l'examen, l'utérus est gros, mobile, douloureux à la palpation ; le col est déchiré et béant. Les trompes semblent grosses comme le petit doigt ; les ovaires assez volumineux sont douloureux au toucher, surtout le droit. Le diagnostic est formulé *métrite, salpingite double, ovarite scléro-kystique*.

Hystérectomie vaginale (D^r Villemin) le 9 janvier 1898. Mêmes difficultés que dans le cas précédent ; suites normales ; sortie de l'hôpital au bout de 21 jours.

Examen des pièces. — L'utérus est gros, sa cavité mesure 6 centimètres et demi. L'hypertrophie porte surtout sur le corps ; les parois ont une épaisseur de 2 centimètres à la partie moyenne de l'organe et de 2 centimètres et demi sur le fond. La face postérieure est recouverte de débris d'adhérences. La muqueuse et le tissu musculaire de l'utérus ont leur aspect normal ; les vaisseaux sont béants et volumineux.

Examen microscopique. — Revêtement épithélial normal ; atrophie glandulaire ; vaisseaux néoformés en petit nombre ; infiltration du tissu musculaire par du tissu conjonctif proliféré. Les vaisseaux de la couche musculaire présentent au plus haut degré des lésions d'*endopériarterite* et d'*endopériphlébite*.

OBSERVATION VII (D^r Thévenard)

X..., 32 ans, réglée à 13 ans, nullipare. Ces derniers temps (21 Février 1898) ses règles sont devenues plus abondantes et durent 8 jours au moins ; en plus, il y a des métrorragies plus ou moins abondantes en dehors des règles. Douleurs violentes dans le bas-ventre qui forcent parfois à arrêter tout travail.

A l'examen, utérus peu développé dans son corps qui est rétro-fléchi ; au contraire le col est hypertrophié et présente les lésions de la métrite glandulaire chronique. Au niveau des trompes, empâtement diffus, mal limité ; ovaires petits, durs, très douloureux au toucher. On diagnostique une double salpingite avec ovaires scléro-kystiques.

Hystérectomie vaginale rendue difficile par des adhérences péri-utérines nombreuses ; le ligament large droit très friable se déchire au cours des manœuvres et l'hémorragie ne peut être arrêtée que par une laparatomie immédiate.

Les lésions sont plutôt de la péri-salpingite que de la salpingite.

Les ovaires sont scléro-kystiques des deux côtés.

Du côté de l'utérus, prolifération glandulaire surtout du côté du col ; vaisseaux de nouvelle formation assez nombreux ; infiltration conjonctive dans toute l'épaisseur du muscle.

OBSERVATION VIII (Bouilly, La Gynécologie, juin 1899).

Comp.... 23 ans, entrée le 10 octobre 1898 à l'hôpital Cochin. Réglée à 11 ans et demi, très abondamment, perd des caillots pendant 8 jours et n'a en moyenne que 15 jours d'aménorrhée. 1^{er} accouchement il y a 6 ans, à terme, suivi d'une légère infection ; 2^e accouchement à 7 mois il y a 5 ans ; il y a 6 mois, fausse couche de 4 mois, sans accident. Cette malade souffre du ventre depuis trois ans et a des métrorragies abondantes. Il y a deux ans. M. Hartmann lui fit pour ses métrorragies deux curettages successifs et soupçonna une salpingite ; amélioration peu durable, depuis lors augmentation de fréquence et de durée des règles. Depuis la fausse couche faite il y a 6 mois, aggravation des douleurs et des métrorragies et nécessité du repos au lit, depuis deux mois, métrorragie de 8 jours avec 8 jours d'intervalle, douleurs et pertes presque continues.

L'examen ne révèle rien de nettement appréciable ; l'indication opératoire est surtout tirée de la persistance des douleurs et des hémorragies ; ces douleurs sont surtout vives la nuit. (Nous apprenons par un accident de la suite que la malade était syphilitique).

Hystérectomie vaginale le 22 octobre 1898. Utérus sain, très légèrement augmenté de volume ; ovaires des deux côtés atrophiques, du volume d'une noisette, trompessaines, un peu rouges.

Dans les jours suivants, il se produisit une escharre fessière qui creusa profondément, prit tous les caractères d'une ulcération syphilitique et ne guérit que par un traitement spécifique à l'iodure de potassium.

Guérison opératoire rapide ; disparition immédiate de toutes les douleurs. La malade a été revue plusieurs fois, complètement guérie.

Examen des pièces. — Ovaires petits, atrophiés, scléro-kystiques. Utérus volumineux, épaisseur du tissu, 2 centimètres environ ; cavité utérine, 7 centimètres et demi.

Examen microscopique. — Hypertrophie glandulaire du col et du corps, infiltration de la muqueuse par des cellules embryonnaires, infiltration du tissu musculaire par du tissu conjonctif de nouvelle formation. Pas de vaisseaux néo-formés, mais lésions d'endo-péri-artérite et d'endo-péri-phlébite.

OBSERVATION IX

In Thèse de Hepp (Obs. V).

Madame Q. . . , 29 ans, fleuriste.

Réglée à 17 ans, régulièrement. A toujours souffert du ventre. Migraineuse. Nerveuse.

A eu trois enfants et deux fausses couches. A été soignée

pour une métrite, il y a six ans, après une première fausse couche. A été soignée à nouveau pour une métrite depuis un an après une seconde fausse couche. Cette métrite consistait surtout en métrorragies abondantes.

Elle a subi, il y a six mois, uncurettage à l'Hôtel-Dieu et depuis cette opération ses douleurs sont devenues insupportables et ses métrorragies ont persisté.

A l'examen, on trouve un col gros, entr'ouvert, un corps utérin volumineux en rétroversion, des annexes d'apparence saines, mais un peu douloureuses.

Devant l'échec du traitement médical, l'hystérectomie vaginale est décidée.

Elle est faite le 3 novembre 1894 : l'utérus descend facilement grâce au morcellement ; c'est un très gros utérus, sans fongosités, ni fibromes, *accompagné d'ovaires sclérokystiques*. Il s'agit, en somme, d'une sclérose utérine hémorrhagique. Suites normales.

Revue le 16 octobre 1896, la malade est parfaitement guérie, son nervosisme a diminué.

OBSERVATION X Résumée.

(Pozzi, Revue de Gyn. Sept. 1899).

Antécédents. — Pendant la première enfance, bronchites fréquentes ; à la puberté chloro-anémie accentuée.

Réglée à dix ans. Les règles ont toujours été douloureuses, abondantes et prolongées (huit à dix jours) : elles s'accompagnent de douleurs lombaires violentes. Elles

étaient régulières pendant les premières années, puis devinrent irrégulières.

Cinq grossesses en onze ans ; la première remonte à douze ans (la malade avait alors dix-sept ans) la dernière grossesse il y a deux ans et demi.

Les suites de couches semblent avoir été normales, excepté au dernier accouchement. A ce moment la malade a eu une élévation de température avec douleurs dans l'abdomen pendant quelques jours.

Après chaque accouchement, la malade dit avoir été traitée pour une exulcération du col avec congestion utérine.

Du dernier accouchement datent principalement les troubles qui ont amené l'intervention chirurgicale.

La malade accuse une souffrance continue dans le ventre.

La douleur siégeait surtout dans la région ovarienne droite, elle augmentait au moment des règles.

La marche était pénible, et parfois impossible.

A la moindre fatigue, la malade marchait pliée en deux et se plaignait de douleurs irradiées dans les lombes et à la face antérieure des cuisses (cuisse droite principalement).

Depuis dix-huit mois environ, les règles avancent de huit jours ; elles sont devenues de plus en plus abondantes ; leur durée moyenne était de huit à dix jours. L'écoulement menstruel soulageait la malade, qui se trouvait améliorée pendant les sept à huit premiers jours qui succédaient à la fin des règles. Malgré le repos au lit, les injections chaudes vaginales, on ne pouvait diminuer ni l'abondance, ni la durée des règles.

Vu la prodominance des symptômes métritiques et *en l'absence de lésions annexielles bien déterminées*, ou pratique un curettage.

Première opération. — Curettage en Juillet 1896. On ne

retire que de petits lambeaux de muqueuse qui n'ont pas été examinés. La malade n'a pas été améliorée : les douleurs persistent, le ventre reste douloureux, la marche est presque impossible. Enfin, *les pertes reviennent abondantes, prolongées et répétées*. Cet état ne s'améliore pas, malgré une cure à Luxeuil.

A son retour, on fait une nouvelle dilatation à la laminaire, suivie d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée et mèche intra-utérine.

A la suite, on constata une légère amélioration, mais les premières règles qui suivirent furent cependant très abondantes. Le sang venait à plusieurs reprises, dans la journée, par flots ; l'utérus semblait se distendre et expulsait le sang par contraction. Cette contraction était ressentie par la malade qui la comparait aux coliques utérines post-partum.

Les douleurs sont amendées à chaque époque menstruelle et pendant la durée des pertes seulement. Celles-ci reviennent de plus en plus abondantes, tous les vingt jours en moyenne. Malgré le traitement sévère (repos au lit, injections chaudes à 48 et 49° dès le 3^e jour, l'administration d'ergotine) etc. on n'arrive pas à diminuer la quantité de sang sur la durée des pertes.

L'état général s'altère : la malade maigrit, les fonctions digestives se font mal, inappétence, digestions lentes avec nausées et constipation opiniâtre.

A l'examen, on trouve un utérus globuleux en antiflexion, mou et douloureux à la palpation. Le col, un peu augmenté de volume, ne présente pas de lésions. La palpation des annexes réveille de la douleur, surtout du côté droit.

Deuxième opération. — On se décide à pratiquer l'hys-

térectomie vaginale (Avril 1897). L'opération ne présente aucune particularité. *Les ovaires enlevés sont scléro-kystiques ; pas d'altérations des trompes.*

La malade se rétablit lentement vu son anémie extrême.



Conclusions

La métrite hémorragique essentielle, après avoir disparu quelque temps du cadre nosologique, vient d'y reprendre place, grâce aux travaux de MM. Schmid et Quénu.

Est-ce à juste titre ? nous ne le pensons pas ; et jusqu'à ce que de nouveaux faits plus probants soient connus et publiés, l'existence de cette variété de métrite doit être mise en doute.

MM. Schmid et Quénu s'appuient, pour créer « la métrite angiomateuse » : 1° sur son allure clinique — hémorragies graves, répétées, résistant au curettage — en l'absence de lésions *appréciables* des annexes ; 2° et surtout, sur les caractères histologiques des lésions de la muqueuse, des vaisseaux et du paremchyme utérine.

Au premier point, nous avons répondu suffisamment, nous semble-t-il du moins, en démontrant que l'ovarite kystique, lésion peu appréciable par les moyens d'investigation clinique, est fort souvent cause de semblables hémorragies. Le travail de M. Bouilly, que nous avons cité et auquel nous avons eu recours, le démontre amplement.

Enfin, parmi les observations qui servent de base au travail de M. Schmid, il en est où les annexes n'ont pu être incriminés, d'autres où il est fait mention de lésions kystiques des ovaires, ou d'inflammations salpingiennes plus ou moins accentuées.

Au deuxième point nous croyons pouvoir objecter, que les lésions histologiques que MM. Schmid et Quénu, considèrent comme absolument caractéristiques de leur forme de métrite se retrouvent absolument identiques dans les cas où les lésions des annexes étaient fort accentuées et suffisantes à expliquer les symptômes cliniques.

Comment expliquer ces métrorragies coïncidant avec les lésions scléro-kystiques des annexes ? Deux théories sont en présence :

1° Pour M. Bouilly il y a infection portant d'abord sur le col utérin, transmise par voie lymphatique aux ovaires qui deviennent scléro-kystiques. Les lésions ovariennes déterminent par action réflexe une hyperhémie avec hypertension du système vasculaire utérin. A cette hypertension succède les lésions vasculaires définitives.

Pour MM. Hepp et Richelot, il ne faudrait voir dans les lésions des annexes et de la matrice qu'une localisation de l'artério-sclérose généralisée,

Nous croyons que les deux théories ne peuvent expliquer séparément tous les cas, mais qu'elles comportent chacune une part de vérité.

La théorie de l'infection paraît absolument juste lorsqu'il s'agit de femmes jeunes, en pleine vie génitale, ayant

été notamment infectées, chez lesquelles la diathèse arthritique et scléreuse n'a pas encore, à quelques bien rares exceptions près, pu commettre de grands ravages.

Nous voyons au contraire que la théorie émise par MM. Hepp et Richelot, est plus vraisemblablement applicable aux métrites des femmes âgées, au voisinage, ou parfois ayant passé la ménopause, et n'ayant plus qu'un passé génital déjà fort éloigné.

Vu : Le Président,
A. LE DENTU.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
le vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.



Index Bibliographique

- CORNIL. — « Anatomie pathologique des métrites, » Journal des connaissances médicales, 1888, 21 juin.
- QUÉNU. — Bull. et Mém., Soc. de Chirurg., 1893, p. 613.
- P. DELBET. — Traité de Chirurgie, T. VIII.
- E. SCHMID. — « Métrorragies et métrite hémorragique, » Thèse, Paris, 1896.
- PILLIET et BARADUC. — Comptes-rendus de la Soc. de biologie, 1896, mars, p. 338.
- BEINICKE. — « Die Sklérose der Uterusarterien und die klimaterischen Blutungen », Arch. fur. Gynâk, 1897.
- PICHEVIN et AUGUSTE PETIT. — Gazette médic. de Paris, 23 novembre 1895.
- « Lésions vasculaires de l'utérus et métrorragies. »
- Semaine gynécologique, 1896.
- POZZY. — Traité de gynécologie.
- POZZY et LATTEUX. — « Sur une forme rare de métrite hémorragique ».
- Revue de Gynécologie, sept., oct. 1899.

- M. HEPP. — « Sclérose utérine et métrites chroniques, »
Thèse Paris, 1899.
- RICHELOT. — « La sclérose utérine et la vraie métrite »,
Comptes-rendus de la Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pœd., mai, juin, 1900.
- BOUILLY. — « Des métrorragies d'origine ovarienne », La
Gynécologie, avril, juin, 1899.
- HUCHARD. — Traité des maladies du cœur.
- DOLÉRIS. — Comptes-rendus de la Société d'obst. de gyn.
et de Pœd., juin 1900.
- JACKSON. — « Some incund cases of utérine hemorrhage »
Medical news. Philad. 1889.
- PARKES. — Medical news Philad. 1889.

